



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Actitud del familiar hacia el paciente con ventilación
mecánica hospitalizado en el Servicio de Cuidados
Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara
Irigoyen – 2008**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

AUTOR

Janeth Martínez Granados

LIMA – PERÚ
2009

El presente estudio está dedicado a todas las enfermeras del Servicio de Cuidados intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que con su abnegada labor contribuyen a la recuperación del paciente crítico.

INDICE

Pág.

INDICE DE CUADROS

RESUMEN

PRESENTACION

CAPITULO I: INTRODUCCION

CAPITULO II : MATERIAL Y METODO

CAPITULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y
LIMITACIONES**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

TABLAS N^a

Pag.

- 1. ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACIÒN MECÀNICA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**
- 2. ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA SEGÚN LA DIMENSION AFECTIVA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**
- 3. ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA SEGÚN LA DIMENSION CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**
- 4. ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA SEGÚN LA DIMENSION COGNITIVA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

RESUMEN

En los últimos años las enfermedades crónico degenerativos se han incrementado en la población adulto madura y adulto mayor derivado de accidentes automovilísticos, traumatismos encéfalo craneanos de tipo vascular, cirugías mayores complicadas, entre otros; comprometiendo seriamente la vida del paciente, siendo necesario su atención en una unidad especializada como es la unidad de Cuidados Intensivos por la alteración de su integridad biopsicosocial y hace que se tome una situación crítica, el mismo que repercute en la homeostasia familiar.

La UCI utiliza con frecuencia como una de las medidas terapéuticas el sistema de ventilación artificial a través de un tubo conectado a un ventilador mecánico que reemplazará la función respiratoria el cual produce un impacto en el aspecto emocional principalmente del paciente, creando sentimientos de desesperanza, temor, miedo, abandono que se incrementa con el desarrollo de otros procedimientos que se realizará para restablecer sus funciones biológicas, el cual no solo afecta al paciente sino que también repercute en los miembros de la familia, adoptando actitudes positivas que favorezcan la recuperación del paciente o actitudes desfavorables, así tenemos que al interactuar con ellos nos manifiestan: “el me quiere decir algo pero el tubo no lo deja”, “me da miedo tocarlo que hago” o durante la visita se observa que el familiar tiene miedo y temor de tocarlo, expresan palabras cortas o simplemente presentan una mirada llena de dudas y vacíos.

Tal es así que el estudio sobre: **“Actitud del Familiar hacia el Paciente con Ventilación Mecánica hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”**, tuvo como objetivo determinar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica a través de la

dimensión afectiva, cognitiva y conductual. El propósito estuvo orientado a promover cambios en la cultura de los profesionales a través de capacitaciones al personal de Enfermería y de esta manera actuar acertadamente en la satisfacción de necesidades del paciente con ventilación mecánica y de su familia de manera humanizada para incentivar una mejor calidad de vida.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y el método descriptivo, exploratorio de corte transversal. La población estuvo conformada por 10 familiares del paciente con ventilación mecánica. El instrumento que se utilizó para recolectar los datos fue la Escala Modificada de Lickert. Los resultados fueron que el 50% (5) presentan una actitud medianamente favorable relacionado a considerar difícil transmitir palabras de seguridad y confianza, no conocer una forma adecuada de brindar apoyo emocional, desconocer sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico y la importancia del ventilador mecánico, el 30% (3) tienen una actitud favorable relacionado a la expresión de gestos de amor, transmitir confianza y comprender la importancia de los procedimientos que se le realiza y sólo el 20% (2) tienen una actitud desfavorable manifestado en no aceptar la enfermedad de su familiar y adoptar una actitud pasiva.

Palabras Claves: Actitud del familiar y paciente con ventilación mecánica.

PRESENTACION

Los últimos datos estadísticos indican que las enfermedades crónicas degenerativas y/o traumatismos encéfalo craneanos por accidentes, cirurgias complicadas, accidente cerebro vascular, etc, han aumentado en la población adulta madura y adulta mayor requiriendo de unidades especializadas como la Unidad de Cuidados Intensivos que tienen como objetivo restablecer las funciones biológicas y/o mejorar la calidad de vida. Muchos de estos pacientes serán sometidos al uso de un ventilador mecánico a través de un tubo en la boca que reemplazará de manera parcial o total la función respiratoria produciendo en el paciente un desequilibrio emocional manifestado en sentimientos de temor desesperanza, angustia, y que se agudizará aún más con la separación de su núcleo familiar, un espacio físico desconocido y por los diversos procedimientos traumáticos y dolorosos que se le realiza perdiendo su autonomía y considerándose en un ser dependiente de la atención que le ofrece el equipo de salud.

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis, más aún si se encuentra en la unidad de cuidados intensivos sometiendo a la familia a una situación difícil que provoca ansiedad, preocupación, impotencia, sentimientos de culpa, etc. Evidenciado en conductas como pocas visitas al paciente con ventilación mecánica, miedo de tocarlo por las conexiones que presenta y expresiones de silencio.

La enfermera que labora en la unidad de cuidados intensivos debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos donde el paciente es visto de manera

holístico donde el cuidado que proporciona no solo será para el paciente sino para los familiares.

Tal es así que el estudio sobre: **“Actitud del Familiar hacia el Paciente con Ventilación Mecánica hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”**, tiene como objetivo determinar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica. El propósito estuvo orientado a proporcionar información válida y objetiva sobre la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica de manera que permita la elaboración de programas de educación permanente al personal de Enfermería y planificar programas de Atención Integral multidisciplinario y personalizada dirigida a este tipo de paciente y familia para incentivar una mejor calidad de vida.

El presente estudio consta de CAPITULO I: Introducción en el cual se presenta planteamiento y delimitación del problema, formulación del problema, justificación, objetivo. Propósito, antecedentes de estudio, base teórica/conceptual, operacionalización de términos, CAPITULO II: Material y métodos que incluye tipo, nivel y método, descripción de la sede de estudio, población, técnicas o recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y procedimientos, análisis de datos, CAPITULO III: Resultados y discusión, CAPITULO IV: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACION Y ORIGEN DEL PROBLEMA

En los últimos años el incremento de las enfermedades crónico degenerativas en la población adulta madura y adulto mayor ha traído consigo que en muchas ocasiones la integridad biopsicosocial se vea comprometida, el cual pone en riesgo la salud y vida del paciente y hace que se torne su situación crítica, el mismo que repercute y afecta la homeostasia familiar toda vez que requiere de un abordaje especializado en una unidad específica como es la Unidad de Cuidados Intensivos.

De ahí que ante el incremento de pacientes críticos derivado de accidentes automovilísticos, traumatismo encéfalo craneano graves, afecciones de tipo vascular, cirugías mayores complicadas, entre otros, se han creado ambientes especializados, como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)., donde se reúnen conocimientos, adelantos tecnológicos y personal profesional de salud capacitados para la atención de forma coordinada y continua al paciente crítico, el cual tiene como objetivo estabilizar y/o el restablecer las funciones biológicas del paciente y mejorar su expectativa y/o calidad de vida.

Ante esta situación la Unidad de Cuidados Intensivos utiliza con frecuencia como única de las medidas terapéuticas el sistema de ventilación artificial a través de un tubo conectado a un ventilador mecánico, el cual reemplazará la función respiratoria del paciente de manera temporal o definitiva, produciendo sentimientos difíciles de manejar como desconcierto, miedo, temor de muerte inminente, desesperación, abandono e incertidumbre por el desconocimiento sobre su enfermedad y evolución de su estado real, el mismo que se incrementa cuando aunado a éstas medidas terapéuticas se produce el aislamiento físico, inmovilización permanente, alteración

de la comunicación, luces y ruidos que rodean al paciente y sobre todo la dependencia del equipo de salud en la satisfacción de necesidades básicas que agudizará aún más el equilibrio psicosocial, cultural y moral del paciente en la unidad de cuidados críticos; el cual afecta no sólo al paciente sino que tan bien repercute en los miembros de la familia y más aún si el paciente se encuentra en una unidad de cuidados críticos sometido a ventilación mecánica, entre otros procedimientos: creando pensamientos y sentimientos de angustia, impotencia, y desesperanza. Frente a ello la familia es el único nexo del paciente con ventilación mecánica con el mundo exterior y la actitud que asume debe ser positiva, proactiva y favorable, como único soporte emocional que encuentra el paciente para su adaptación ante el proceso de enfermedad.

Durante la práctica en el servicio de cuidados intensivos se ha observado que durante el horario de visita no todos los pacientes reciben el acercamiento de un familiar o amigo, algunos familiares se acercan para observarlo por unos minutos o buscan al médico o enfermera para pedir información, obviando acciones como tocarlo, hablarle, expresiones o frases de apoyo, entre otros. Por otro lado las enfermeras que laboran en el servicio, debido a la demanda de atención que produce este tipo de pacientes, deja de lado muchas veces valorar las necesidades de la familia, no prestando el apoyo continuo a sus miembros, por lo que el triángulo familia, paciente con ventilación mecánica y enfermera se ven interrumpidos por diversos factores. Al respecto refieren: “casi siempre preguntan lo mismo, ya les explique y nuevamente piden que lo haga”, “algunas veces quieren acercarse a su paciente pero por las conexiones temen hacerlo”, “otros familiares solo se dedican a observarlo o comentarles problemas de casa”, “algunos familiares se ponen a llorar frente al paciente”, entre otras expresiones.

Al interactuar con algunos de los familiares manifiestan: “porque tiene ese tubo en la boca”, “el me quiere decir algo pero ese tubo no lo deja”, “ahora que el esta así, que

será de mi y de mi familia”, “tengo mucho miedo, quedara bien”, “me da miedo tocarlo, que hago”, “nadie me informa que debo hacer ahora”, o durante la visita, se observa en los integrantes de la familia un silencio infinito, una mirada llena de dudas y vacíos, temor y miedo de tocarlo, en la expresión de palabras cortas y entrecortadas y en algunos de ellos la indiferencia expresando que no quieren verlo en esa situación.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre: **¿CUAL ES LA ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HNGAI?**

C. JUSTIFICACION

La atención de Enfermería al paciente con ventilación mecánica exige a la enfermera intensivista tener una filosofía integradora que incluya conocimientos científicos, tecnológicos, afectivos y emocionales para lograr la mayor satisfacción de las necesidades biopsicosociales del paciente critico, evitando en lo posible no sólo las complicaciones; sino también debe valorar las necesidades del familiar que por primera vez experimenta sensaciones de incertidumbre, desconocimiento, crisis emocional, entre otros. Toda vez que el cuidado que brinda debe ser holístico, brindando un cuidado humanizado, donde proporciona apoyo a la familia por cuanto la U.C.I. es un ambiente restringido, que limitan el acceso a la familia a su ser querido, por tal razón la educación, que la enfermera intensivista establece con la familia ha de ser fluida, honesto, receptivo, empático, escuchar sus inquietudes, responder sus interrogantes y demostrarle una actitud de respeto y consideración; integrando a la familia y al paciente con ventilación mecánica en una sola unidad del cuidado lo que facilita a ésta a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan y poder enriquecer el rol

primordial que cumple la familia en el proceso de estancia y recuperación brindando el apoyo emocional que busca en ellos el paciente con ventilación mecánica.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se formularon para el presente estudio son:

GENERAL

- Determinar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica, hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos del HNGAI – 2008

ESPECIFICOS:

- Identificar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en su dimensión afectiva
- Identificar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en su dimensión conductual
- Identificar la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en su dimensión cognitiva.

E. PROPOSITO

El propósito está orientado a proporcionar información válida y objetiva al personal directivo del Departamento de Enfermería, así como al personal del Servicio de Cuidados Intensivos de la institución, a fin de promover cambios en la cultura de los profesionales a través de la capacitación y/o elaboración de programas de educación permanente al personal de Enfermería y de esta forma responder y actuar acertadamente en la satisfacción de las necesidades del ser humano con enfoque humanístico y planificar programas de atención integral multidisciplinarios y

personalizadas dirigidas a este tipo de paciente y familia para incentivar una mejor calidad de vida, durante su permanencia en estas unidades.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

- **EDSON, BRAVO CHAUPIS**, en el 2007, en Lima, realizó un estudio sobre: “ACTITUD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDICIÓN DE MULTIDROGORESISTENTE EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA”, el cual tuvo como objetivo determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogoresistente. El estudio es de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 pacientes que pertenecen al programa de TBC. La técnica fue la entrevista y el instrumento fue Escala de Lickert modificado . Las conclusiones entre otras tenemos:

“El 70% (14) de los pacientes presentan actitudes medianamente favorables hacia su condición de MDR, en el componente cognitivo un 45% (9) de los pacientes presentan un conocimiento medianamente favorable acerca de la enfermedad. En cuanto al componente afectivo un 50% (10) de los pacientes presentan sentimientos medianamente favorable erca de su condición de MDR, en el componente conductual el 45% (9) de los pacientes presentan conducta medianamente favorable, por lo que se concluye que la actitud de los pacientes con TBC hacia su condición de MDR es de indiferencia ya que en todo los componentes presentan actitud medianamente favorable hacia su enfermedad” (1)

- **FATIMA VASQUEZ VIGIL** en 2007, en Piura – Perú, realizó un estudio sobre “VIVENCIAS DEL PACIENTE ADULTO SOMETIDO A VENTILACION MECANICA EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA”. El cual

tuvo como objetivo identificar las emociones y sentimientos experimentados por el paciente sometido a ventilación mecánica. El método que utilizó fue el fenomenológico. La población estuvo conformada por 9 pacientes con ventilación mecánica, aplicando a cada uno de ellos una entrevista estructurada dividida en 5 categorías. Las consideraciones finales fueron entre otras:

“Era desesperante, me pusieron en una maquina, bueno la primera impresión es que me iba a solucionar el problema, sentí que ya se cumplía el plazo que le daban a uno, sentía que me iba a volver loco, esto es producto de la desesperación.....” (2)

- **RUBI, GARCÍA CORREA**, en el 2006, en Lima, realizó un estudio sobre: “ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMILIO VALDIZAN”. El cual tuvo como objetivo determinar la actitud de la enfermera hacia el cuidado integral del paciente con esquizofrenia. El método utilizado fue el descriptivo transversal. La población conformada por 22 enfermeras. La técnica fue la entrevista y como instrumento la escala de LICKERT. Entre las conclusiones tenemos:

“La mayoría de las enfermeras presentan actitudes entre indiferentes y desfavorable hacia el cuidado del paciente con esquizofrenia, las cuales van a tener repercusiones negativas en el cuidado de estos pacientes sino modificamos estas actitudes hacia una dirección favorable”(3)

- **GLADYS, ROJAS TELLO**, en el 2006, en Lima, realizó un estudio sobre: “ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL CENTRO DE SALUD DE TABLADA DE LURIN”. El objetivo fue determinar las actitudes de la familia

hacia el diagnóstico y tratamiento de la TBC. El método fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 16 familiares de todos los pacientes que pertenecen al esquema de retratamiento de TBC MDR. Se aplicó la escala de Lickert. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

“El 62.5% tiene una actitud de aceptación seguido de una actitud de indiferencia (37.5%) y 0% de una actitud de rechazo hacia el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar, con un porcentaje significativo de dirección positiva de 100% relacionado a aspectos clínicos para el diagnóstico y el tratamiento.”(4)

- **FABIANE URIZZI E ADRIANA CORREA** en 2004, en Brasil, realizó un estudio sobre: “VIVENCIAS DE FAMILIARES EN TERAPIA INTENSIVA: EL OTRO LADO DEL INGRESO”. La propuesta de este estudio es comprender las vivencias de familiares de pacientes ingresados en unidad de terapia intensiva. La fenomenología se utilizó como referencial metodológico. La población estuvo conformada por 17 familiar. Se aplicó una entrevista. Las consideraciones finales fueron entre otras:

“Uno siente ganas de estar cerca y no puede, porque el horario de visita es controlada, una comprende, pero nos gustaría estar cerca, todo el tiempo posible.....”

“Es difícil, muy difícil....por ser una UCI como tal y por saber que tal vez pueda suceder..., entonces es muy difícil, terrible.... Mientras solo vivo, siento mucho dolor” (5)

- **DENISE GASTALDO Y JOAN DE PEDRO GÓMEZ**, en 2003, en España realizaron un estudio sobre “PERSPECTIVAS QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y SU RELACION CON LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO”. El cual tuvo

como objetivo valorar la perspectiva que las enfermeras de UCI tenían de la relación que establecen con los familiares de los pacientes para buscar posibles explicaciones a esta situación. El método es de tipo cualitativo de orientación crítico social. Se realizó en 3 UCI de 3 hospitales públicos de MALLORCA. La técnica que se utilizó fue la observación de la visita de familiares (8) y 6 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de los 3 hospitales. Las consideraciones finales son entre otras:

“Es necesaria una formación continuada de enfermería para proporcionar soporte emocional a las familias y las enfermeras deben protegerse del estrés añadido que supone proporcionar este soporte emocional.” (6)

- **HUANUCO HERNÁNDEZ, MARÍA Y PEÑA HERNÁNDEZ, LIDA**, realizaron un estudio titulado: “ACTITUDES DE LA FAMILIA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS HACIA LA DONACIÓN DE ORGANOS EN EL HOSPITAL AUGUSTO B, LEGUIA”. Cuyo objetivo fue determinar la dirección e intensidad de las actitudes que tienen los familiares hacia la donación de órganos. El método utilizado fue el descriptivo transversal, tomándose una población de 30 familias. El instrumento utilizado fue la escala de Lickert. Las conclusiones principales a las que llegaron las autoras fueron:

“El 63.3% de familias tienen dirección negativa hacia la donación de órganos y la intensidad es desfavorable con un 40% respecto a este tema. Dichas actitudes podrían contribuir a disminuir la probabilidad de la donación perjudicando a miles de personas que requieren el trasplante de algún órgano”(7)

- **JOSÉ MANUEL VELASCO BUENO**, en el 2002, realizó un estudio sobre: DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. El objetivo fue conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI. El método fue el descriptivo. La muestra fue de 432 enfermos. El instrumento aplicado fue el cuestionario de Molter modificado. Las conclusiones entre otras fueron:

“La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan que está sujeto a la influencia del entorno y por lo tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis” (8)

- **MARÍA CRISTINA DE ALBISTUR, JUAN BACIGALUPO**, entre otros, en el 2000, en Uruguay, realizó un estudio sobre: LA FAMILIA DEL PACIENTE INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. El objetivo fue conocer las opiniones, sentimientos y expectativas de las familias de los pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos y su incidencia en el relacionamiento con la unidad. El método fue el prospectivo longitudinal, observacional, cuantitativo. La población estuvo constituida por 94 familias. Se aplicó formularios y entrevistas. Las conclusiones, entre otras, fueron:

“El momento del informe médico a la familia constituye un acto terapéutico y es fundamental para el más adecuado relacionamiento entre la familia y la unidad.”(9)

Por lo revisado, podemos evidenciar que existen estudios sobre el tema pero no se ha encontrado alguno relacionado con la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica, razón por la cual se considera importante realizar el estudio sobre este tema para mejorar la calidad de atención que el profesional de enfermería

brinda al paciente con ventilación mecánica y familia durante el proceso de recuperación y rehabilitación.

F.2. BASE TEORICA

A continuación se presenta la base teórica que permitió realizar el sustento a los hallazgos.

GENERALIDADES SOBRE ACTITUDES

Desde el punto de vista genérico tenemos algunas definiciones como las de: MILLAR/KEANE: “la actitud es el patrón de enfoques mentales establecidos por la acumulación de experiencias”, así mismo en el diccionario medico MOSBY las define como “las fuerzas integradoras fundamentales en el desarrollo de la personalidad que dan consistencia a la conducta del individuo, el psicólogo Charles Uculmana refiere: “la actitud es una tendencia a responder positiva o negativamente a ciertos objetos, objeto es cualquier cosa que podamos imaginar, desde algo tan concreta como una mesa o tan abstracto como una idea, esta predisposición no conlleva a una acción inmediata”, Whittaker James, psicólogo puntualiza que “las actitudes son predisposiciones para comportarse de manera determinada con respecto a un objeto específico o clase de objeto”, Además fishen y Ayzen define a estas como una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto a sus símbolos.

Según Thurstone (1959), el concepto de actitud representa la suma de todas las inclinaciones, sentimientos, perjuicios, tendencias, ideas, miedos y convicciones de una persona sobre un tema específico. Según Krench y

Crutchfield (1962), las actitudes son las creencias, sentimientos y tendencias hacia la acción de una persona respecto a los objetos, personas o ideas.

En tal sentido, las actitudes suelen predisponer al individuo a reaccionar a favor o en contra frente a determinado objeto u estímulo, por lo que su conocimiento permite muchas veces predecir el comportamiento del individuo tanto en el campo laboral como en otros aspectos de su vida.

“La actitud se puede definir como un respuesta evaluativo relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognoscitivas, afectivas, probablemente comportamentales” (10)

FORMACION DE LA ACTITUD:

Las actitudes se forman durante el proceso de desarrollo y crecimiento de la persona. Precisamente acerca de esto, el psicólogo CHARLES UCULLMANA refiere “La cantidad de actitudes y creencias que pueden establecerse y formar parte del bagaje de una persona de su proceso evolutivo es virtualmente ilimitado, el periodo crítico en la formación de actitudes tiene lugar entre los 12 y los 30 años de edad. Durante periodos recibimos influencias importantes como son; los compañeros, la información, la educación, los incidentes críticos y las decisiones. Hacia el final de este periodo las actitudes llegan a ser bastante estables y persistentes, con pocos cambios durante el resto de la vida. En general las actitudes como las creencias se aprenden por experiencia directa con el objeto de la actitud o por la vía de instrucción, ya sea formal, como la escuela o informal a través de los medios de comunicación o el hogar o a través de la imitación de modelos”. Para NORDMARK, “la mayor parte de

las actitudes están determinadas culturalmente, siendo determinante el grupo familiar y la educación de parte de los padres”, así mismo **ALLPORT**, ha sugerido cuatro condiciones comunes para la formación de actitudes como: la acumulación e integración de numerosas experiencias relacionadas entre si, la individualización, diferenciación y segregación de experiencia, un trauma o experiencia dramática o por adopción de actitudes convencionales. Según NIZAMA, “las actitudes son aprendidas por condicionamiento operante y son mantenidas a lo largo de la vida por reforzadores sociales que empiezan a actuar en la infancia y que se encuentren en la familia, escuela, el barrio, el trabajo, la televisión y distintos grupos sociales”.

Las actitudes incluidas las del prejuicio se forman en una de varias situaciones, según **WHITTAKER (1986)** *“la acumulación y la integración de numerosas experiencias relacionadas entre sí”*. (11)

Además sabemos que la actitud se forma de una manera convencional, más que una experiencia previa, en este sentido son inimitables y por consiguiente son susceptible de ser modificados a cambios. A partir del momento que una actitud empieza a formarse dicha actitud está cambiando o por lo menos está sujeto a cambio. La familia es otro de los elementos que contribuyen a la formación de las actitudes, su influencia es evidente cuando se observa que las actitudes que tenemos hacia diversos campos como por ejemplo la religión, tolerancia o prejuicios, las ocupacionales y otras; son el resultado en gran parte de nuestra aceptación o rechazo de las actitudes que guardan los miembros de nuestra familia. **MILTON BLUM a manera de comparación explicativa dice: “el papel que desempeñan los padres y los hermanos contribuya a la formación de actitudes de nuestra personalidad”**. (12)

La influencia del grupo en el cual se identifica el individuo es otro factor que contribuye a la formación de actitudes. El hecho de que los miembros de un grupo son interdependientes significa que el comportamiento de cada persona influye sobre los demás miembros. Es inevitable a causa de su interdependencia que después de cierto tiempo se institucionaliza que los miembros desarrollen una ideología que implica la afirmación de un conjunto común de valores, creencias y normas que regulan el comportamiento y sus actitudes.

La posición económica y ocupacional, así como las inspiraciones de un individuo contribuyen también a la formación de actitudes, en resumen todo nuestro fondo socio Económico influye en nuestras actitudes actuales y en los futuros.

CAMBIOS DE LA ACTITUD

Evidentemente se puede cambiar y ello es más probable cuanto menos extremistas sean las actitudes en los individuos. Muchas de las influencias que moldean nuestras actitudes pasan inadvertidas, ocurre sin un intento deliberado de establecer un cambio de actitud, la propaganda y la publicidad son intentos deliberados de cambiar las actitudes y creencias, además transmite valores, valores que son los predominantes de un determinado sistema y tienden a perpetuarlas en este sentido la educación no es neutral ni meramente informativo. La cambio de creencias generalmente va acompañado con un cambio de actitudes y viceversa. Mientras más interesados estemos en pertenecer a un grupo que nos propone creencias y actitudes diferentes, mas sensibles seremos al cambio lo mismo ocurrirá cuando estemos menos seguros de nuestras convicciones.

Los cambios de las actitudes se pueden clasificar en dos formas principales, estos son:

1. La primera nos plantea que se puede cambiar con facilidad cuando el grado de dirección de esta se mantenga estable sea en contra o a favor frente a un objeto, es decir es posible lograr cambios del grado actitudinal sostenida en mayor o menor graduación siempre y cuando se siga conservando la misma dirección (favor o en contra)
2. La segunda forma de cambio, es mucho más difícil de lograr, puesto que tratara de invertirse la dirección de la actitud medible este cambio solo en términos conductuales. Por lo tanto será menos probable que cambien aquellas personas que tienen actitudes extremas o sea que mientras mayor sea la multiplicidad en la intensidad de una actitud es menor probable que ocurra un cambio en la dirección, pero resulta más probable que presente una variación en la intensidad. A este cambio **Krech** lo denomino como ***“cambio incongruente” debido a que la dirección del sentido se dirige hacia el signo opuesto de la actitud original. (13)***

Finalmente podemos decir que la actitud es como una semilla que bajo ciertas condiciones puede “germinar en comportamiento”

CARACTERISTICAS DE LA ACTITUD

Pese a la heterogeneidad de los diversos marcos de referencia teóricos, parece existir consenso en torno a una serie de características que presentan las actitudes:

- **ADQUIRIDAS:** no constituyen elementos innatos, sino que se van aprendiendo en la medida que el sujeto se socializa, va procesando la estimulación procedente del medio y configurando en base a su

relación con los demás, una serie de actitudes que pueden ser aprendidas tanto en función de la imitación, como del entrenamiento instrumental directo.

- **SOCIALMENTE CONDICIONADAS:** vale decir que responden a las características estructurales y organizativas propias de la sociedad en que se conforman. Las modalidades específicas de interrelación que se establecen entre los miembros de un determinado grupo social. Tanto más, algunas actitudes tendrán vigencia en un contexto, y quien sabe no se desarrollen en otro, pudiendo establecerse también de acuerdo a nuestro criterio, una jerarquización de actitudes que dependerán de las condiciones sui generis de cada sociedad.
- **RELATIVAMENTE PERMANENTES:** al ser adquiridas por la vía del aprendizaje social, las actitudes una vez formadas tienden a fijarse en el individuo de manera más o menos estable, integrándose en su aparato psíquico. El cambio requiere de una presión que será tanto o más intensa, en la medida que la actitud sea más vigorosa.
- **RELACIONADAS CON LOS OBJETOS:** es decir, se estructuran en relación a determinados objetos sociales, individuos, grupos, productos y manifestaciones culturales, así como instituciones y hasta objetos abstractos.
- **CUALIDAD DIRECCIONAL:** en este sentido participan como elementos motivacionales con una carga afectiva dirigida hacia el objeto de actitud, el cual entonces es valorado en forma positiva o negativa por el sujeto. En base a esta cualidad, el individuo se ve impulsado hacia la acción concreta a favor o en contra del objeto.

- **FORMAN UN PATRON EVALUATIVO:** son elementos que sirven como marcos de referencia para nuestra percepción de la realidad, implicando la formación de categoría que pueden ser muy complejas y que se ponen en evidencia ante las distintas situaciones sociales en que intervenimos. Las actitudes inclusive, suelen emplearse como categorías para evaluar otros objetos sociales y las actitudes relacionadas con ellos (Ino . Oka y Matsui, 1977). ***“La actitud es un patrón relativamente constante de evaluación de objetos sociales, así como una carga afectiva orientada a los mismos.” (14)***

COMPONENTES DE LA ACTITUD

En función de esta apreciación es factible diferenciar tres componentes en toda actitud: cognitivo, afectivo y conductual. No obstante esto no significa que los componentes actúen por separado, aisladamente, antes bien participan conjuntamente existiendo entre ellos una relación tan estrecha que no es posible de visualizarlo.

- **Componente cognoscitivo:** las creencias, opiniones y en general los conocimientos o ideas que tenemos sobre los objetos sociales son elementos que se incluyen en esta definición. Se considera componente cognoscitivo lo que pensamos acerca de un individuo, grupo, producto cultural o institución; y que forma parte de nuestra actitud ante ellos. No es necesario tener un conocimiento muy amplio de un objeto social para que se evidencie una actitud; ya que puede presentarse incluso cuando la cognición es muy limitada. Igualmente puede haber creencias estructuradas basadas sobre datos pocos reales o erróneos.

- **Componente afectivo o emocional:** Toda actitud comporta una carga emocional a favor o en contra de un objeto social, conformándose lo que Srerif y Srerif (1976) denominan sistema individual de aceptación rechazo; vale decir el establecimiento de parámetros de evaluación afectiva del objeto social, que son propios de cada sujeto,. Desde luego el afecto no necesariamente polarizado, sino que puede encontrarse lo largo de todo un continuum que va desde lo positivo hasta lo negativo, incluyendo una serie de posiciones intermedias de evaluación.
- **Componente conativo o conductual:** Cualquier actitud contiene una preposición hacia la acción, hacia la manifestación de lo conocido y sentido con respecto al objeto social (Triandis, 1974). Y es por eso que una actitud implica una predisposición pues necesariamente no se producirá una conducta excesiva de agrado o desagrado. En ocasiones parecería no haber coherencia entre este componente y los otros. Esto se debe a que la manifestación de las actitudes no depende solamente del afecto y el conocimiento que se tenga del objeto, sino en gran medida de los factores contextuales y de la percepción de la situación misma por el individuo. ***“La expresión comportamental de una actitud ante el objeto social estará condicionada también por otras características psicológicas del sujeto tales como su escala de valores, su estado motivacional y su propio estilo expresivo. Todas las variables citadas influirán en la percepción de situaciones y determinaran la puesta en marcha de la conducta.***

DIMENSIONES DE LA ACTITUD

Las actitudes parecen tener ciertos rasgos característicos CLENZANI, señala que una actitud se diferencia de otras debido a ciertas características:

- **DIRECCION:** las actitudes pueden ser orientadas positiva o negativamente en respecto a un sujeto, esta pueden ser favorable, desfavorable o neutra.
- **INTENSIDAD:** está relacionado con el aspecto emocional de las actitudes lo cual determina los grados de intensidad, con que reaccionan frente al objeto de la actitud.

AVELLANEDA, describen a las actitudes con las siguientes características:

- Son aprendidas, se forman a través de la experiencia.
- Influye en el comportamiento del sujeto
- Las actitudes propenden a hacer estables, pero pueden ser modificadas
- Pueden ser favorable o desfavorables.

EVALUACION DE LAS ACTITUDES

Las actitudes de una persona se pueden inferir a través del conducta observable, puesto que están relacionadas con el comportamiento que mantienen en torno a los objetos a que hacen referencia. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta pero no la conducta en sí. Es por ello que las mediciones de actitudes deben interpretarse como: “síntomas” y como “hechos” (Papua, 1979). Cabe recalcar que la actitud

está constituida por tres componentes como son: el cognitivo, psicomotor y afectivo, representándose en porcentaje con un estimado de 20%, 10% y 70% respectivamente, como se puede observar la actitud está influenciada por componente afectivo y por ello para identificar la actitud de una persona es indudablemente relevante conocer el aspecto subjetivo. Se han desarrollado varios métodos para medir las actitudes, una escala de actitudes proporciona una medida precisa del grado de una actitud hacia algo y sus resultados pueden tomarse como una predicción de la forma en que representará una persona cuando se le pida que lo haga.

Según W.J.H. Sport *“LA EVALUACIÓN DE LA ACTITUD SE OCUPA DE DISTINTOS ASUNTOS: 1) la redacción de cuestionarios, 2) la naturaleza de las actitudes medidas por ellos, 3) los factores que han influido en esas actitudes, 4) las maneras en que pueden ser modificadas.”*(16)

Rensis Lickert sugiere el empleo de un método más simple, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales debe haber una reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada información y se pide al sujeto que extreme su reacción eligiendo uno de los cinco de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, *el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones.* (17)

EL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

El paciente cuando ingresa a la unidad de cuidados intensivos pierde su autonomía, convirtiéndose en un ser dependiente de la atención que le ofrece el equipo de salud, quien tiene la responsabilidad de proporcionar el cuidado asistencial como es: la administración de medicamentos, el

cuidado corporal que va desde el baño en cama hasta el cuidado de la piel para prevenir deterioro en la misma, la administración de la dieta, la fisioterapia respiratoria entre muchas otras; por lo que la enfermera que labora en la unidad de cuidados intensivos se convierte durante su práctica profesional en una “madre sustituta”, puesto que está ayudando a solucionar las alteraciones que se encuentran presente en este enfermo.

Se considera que las causas por las cuales una persona es hospitalizada en la UCI provoca una separación rápida y abrupta de los escenarios en los cuales se desempeñaba; lejos de su familia, amigos y compañeros de trabajo, de pronto se encuentra en un espacio físico desconocido portando tubos, sondas, catéteres, rodeado de aparatos generadores de sonidos irritantes, que producen ansiedad en este; esto unido a la ejecución de procedimientos traumáticos y dolorosos. Todo esto de alguna manera afecta la estructura psicológica del paciente, por lo que este experimenta sentimientos de temor, ansiedad, inseguridad e incapacidad para adaptarse a ese ambiente.

“El enfermo que se encuentra en una Unidad de Cuidados Intensivos por sus condiciones críticas, exige que la enfermera que lo va a cuidar tenga la responsabilidad de ofrecerle un cuidado de forma integral, concibiéndolo como un ser holístico, único; donde su equilibrio está afectado no solo desde el punto de vista orgánico sino también emocional y social.”(18)

EL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD, REPERCUSIONES

PSICOLOGICAS

La adquisición de una enfermedad más o menos grave supone para la persona una situación de estrés y una amenaza contra el bienestar del individuo y contra su vida normal. El malestar que le provoca incluye las dolencias somáticas y el malestar Psicológico ya que se produce una alteración del estado emocional secundario a los temores e incertidumbre que anticipa el desarrollo de la enfermedad.

El individuo enfermo va a estar más atento de lo habitual sobre su cuerpo, focalizando la atención sobre cada una de las funciones vitales y valora con ojo crítico los síntomas que va padeciendo. Frente a los que tiene alrededor, el enfermo puede tornarse mas “egocéntrico”, es decir, que se ocupa más de sí mismo en detrimento de cuantos y cuanto le rodea. Aunque es frecuente que su temor no sea solo por padecer la enfermedad, sino porque en caso de invalidez o muerte, sus seres queridos podrían encontrarse en una situación negativa económica y socialmente, con lo que se aumenta más el nivel de ansiedad.

La enfermedad puede provocar una dependencia de los demás en sentido material y emocional, por la ayuda externa que se puede necesitar, sobre todo durante el tratamiento o en fases muy avanzadas de la enfermedad.

Otras de las sensaciones más intensas y desagradables cuando se padece una enfermedad de estas características es la SOLEDAD. Por más que familiares y amigos demuestren e insistan que están a nuestro lado, nada puede evitar que la persona se sienta profundamente sola. De

pronto, tras el diagnóstico, es como uno descubriera que nacemos y morimos. La soledad y el temor al proceso de enfermedad y muerte son las emociones más intensas que suscita la enfermedad.

Ante la enfermedad el individuo atraviesa las siguientes etapas:

1. EVALUACION COGNITIVA:

Proceso mental que desarrolla el individuo sobre su situación de enfermedad. Consta de dos fases:

Evaluación Primaria: valora si la enfermedad supone una alteración de su bienestar, en caso de que sea un sí, puede adoptar dos posturas:

- A) Considerar la enfermedad como un reto, se da un afrontamiento directo al problema
- B) Considerar la enfermedad como una amenaza que favorece conductas de evitación. Pero tarde o temprano tendrá que afrontar la enfermedad.

Evaluación Secundaria: valora qué puede hacer y con qué recursos cuenta para afrontarla: materiales y psíquicos.

2. AFRONTAMIENTO:

Consiste en la aplicación y desarrollo de los recursos que el sujeto moviliza para afrontar el problema de la enfermedad con el objetivo de:

- Eliminar o paliar sus consecuencias negativas
- Eliminar o disminuir la ansiedad que provoca

3. RESULTADOS:

Si son positivos, favorecen el control de la enfermedad y disminuirá la ansiedad relativa a su evolución, por ejemplo: si son negativos, aumentará la ansiedad y el malestar hasta que la persona asume la nueva situación y vuelve a valorarla como reto.

4. EVALUACION GLOBAL DEL PROCESO:

El paciente analiza si ha actuado correctamente, si ha elegido la opción terapéutica adecuada, si su conducta ha sido la procedente, etc. A partir de esta valoración podrá modificar su conducta o estrategia para afrontar de nuevo las situaciones estresantes. Afrontamiento de la enfermedad.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO

A. AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA: tiene como finalidad evitar las consecuencias perjudiciales que puede ocasionar la enfermedad a corto y a largo plazo. No todas las personas pueden adoptar esta conducta de afrontamiento, algunas muestran una actitud de evitación y negación de la enfermedad, eludiendo el afrontamiento.

Los recursos con los que se cuenta son los siguientes:

- a. Definir el problema; Se trata de analizar la situación actual de la persona enferma
- b. Buscar información y asesoramiento; tener información sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, sobre repercusiones emocionales, etc. Es importante pero, dado a que a través de las nuevas tecnologías se tiene una gran amplitud, es importante contrastarla por otras vías. Ponerse en contacto con personas que le puedan orientar y ayudar resulta beneficioso.

c. Valorar alternativas de tratamiento; una vez valorado el alcance de la enfermedad, el paciente tendrá diversas opciones.

d. Adoptar hábitos de vida saludable; teniendo en cuenta que la enfermedad está relacionado con hábitos higiénicos y dietéticas y de estilo de vida, la actitud más lógica es que se adquieran esos hábitos de salud.

Las pautas genrales suele ser:

- Alimentos sanos, solo evitando lo que a uno le siente mal
- Eliminar el consumo de alcohol
- Realizar ejercicios físicos dentro de las posibilidades de cada persona
- Tener cuidado con el consumo de fármacos, evitando la automedicación
- Hábitos higiénicos

B. AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA EMOCION: la enfermedad debe afrontarse desde el punto de vista psicológico. Dado que estamos hablando de una enfermedad crónica y evolutiva, genera un estado de ansiedad que el individuo tendrá que intentará minimizar. Para ello se aconseja la consulta con el psicólogo y la adopción de técnicas de control de la ansiedad. Cada persona tiene que adoptar las medidas que a él le resulten más efectivas y para ello debe conocer las que hay. Vemos a continuación algunos ejemplos:

a. Controlar el estrés; una forma es evitar situaciones que incrementan su intensidad. Lo que uno puede hacer es variado y dependen de cada persona, lo que para unos resulta relajante para otros puede ser estresante. Por ejemplo el trabajo puede aliviar el estrés y para otra persona puede ser su mayor fuente de estrés.

b. Planificar actividades; planificar actividades de salud y de ocio. La sensación de organización resulta beneficiosa para minimizar el estrés. Por ejemplo, tener un horario de comidas, hábitos diarios de higiene, ejercicio físico, la toma de medicación. Por otra parte, respecto al ocio. Los paseos, las visitas, el cine, manualidades, planificados hace que se le de la importancia que merece y al no dejarlo a la improvisación que se hagan con más frecuencia porque, sin darnos cuenta, siempre dejamos el ocio en el último lugar anteponiendo las “obligaciones”.

c. Atender a la enfermedad en su justa medida; si se le da atención excesiva se puede convertir en una obsesión no dejándolos disfrutar de todo lo que la enfermedad os deja hacer. Si se centra la atención en observar síntomas o en pensar que esa va a ser la causa de vuestro fallecimiento no dejará que podáis hacer y disfrutar de los pequeños placeres de la vida.

LA FAMILIA

La familia ha sido definida de múltiples maneras y desde distintas perspectivas, atendiendo a criterios de consanguinidad, relación legal, convivencia, lazos emocionales, etc. Según **DALIA SILBERTEIN GOLDENBERG**, “la gran variedad de tipos de familia que actualmente existen en las sociedades occidentales dificulta la elección de una definición única y general”. El concepto de familia propuesto por la autora como un grupo de personas relacionadas entre si biológica, legal o emocionalmente, y comparten una historia común, unas reglas,

costumbres y creencias básicas en relación con distintos aspectos de la vida.

La familia es unidad de vida, sus modificaciones y alteraciones afectan su dinámica interna y muestran una estrecha relación entre la salud, la organización y las actitudes del grupo familiar. Tal como lo sugiere Rosalía Merav, el tamaño de la familia, su funcionamiento, las relaciones entre sus miembros y las crisis que suceden en un momento dado, guardan relación con su estado de salud. De igual manera los problemas que padece un miembro de la familia afectan el nivel de funcionamiento individual y éste a su vez, altera el funcionamiento del grupo familiar. *“La enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y la familia, esta dependencia se manifiesta con solicitudes de atención y cuidados, con expresiones de temor y duda, manifestaciones que cumplen una función protectora contra la angustia y contribuyen significativamente a la recuperación del enfermo y a un nuevo equilibrio familiar.”* (19)

LA FAMILIA DEL PACIENTE EN CUIDADOS INTENSIVOS

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación. Está descrita la relación entre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados a UCI y los niveles de ansiedad que padecen. Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores, que señalan como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las

unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionadas con la información y la seguridad. Aunque la información es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Aunque el enfoque biomédico tradicional esté orientado al paciente y a la enfermedad que padece, además de motivos éticos y profesionales (código deontológico), existe una obligación legal de prestar asistencia y cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en nuestra unidad. *“La prestación de cuidados a los familiares supone además una oferta de servicios según la tendencia actual de usar modelos en los que los pacientes no sean meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales sanitarios dando entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y de su familia.”(20)*

LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD

En la actualidad el concepto de familia se está ampliando a otras posibilidades, ajustándose a los cambios sociales que estamos viviendo. Existe una variedad de familias: matrimonio con y sin hijos, familias más extensas en las que conviven abuelos y/o tíos, padres/madres separados, madres/padres solteros, parejas de hecho heterosexuales y homosexuales, amigos que conviven, etc.

La presencia y el apoyo de los familiares al paciente con ventilación mecánica es fundamental dada las características de la enfermedad y las características del tratamiento.

Además de la variación familiar, también la estructura familiar va a ser de importancia. En el sistema familiar se distinguen varios subsistemas a los que hay que atender.

- El conyugal, formado por los miembros de la pareja y referido a la relación entre ambos. Es uno de los más afectados como consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento.
- El paterno, referido a la relación entre padres e hijos, que duele verse influido como consecuencia de que el padre sometido al ventilador mecánico y emocionalmente puede no estar en las mejores condiciones en determinados momentos para realizar su papel de padre como a él le gustaría.
- El fraterno, referente a la relación entre hermanos. Unas veces son los hermanos los encargados de realizar el apoyo emocional y el control del tratamiento a falta de otros miembros de la familia. En otras ocasiones se ve relegado aun segundo plano porque no es informado de que uno de sus hermanos este sometido a un ventilador mecánico.
- El amistoso. Cuando hay falta de familiares o la distancia u otros problemas impiden la relación familiar, son los amigos los que realizan el rol de apoyo y control.

La familia atraviesa por momentos de gran repercusión para sus miembros, unos considerados como buenos y otros como malos, pero todos los eventos que sucedan se catalogan como “CRISIS FAMILIAR”. Estas crisis familiares catalogan en dos grandes grupos:

1. **Crisis Evolutivas:** son momentos por los que casi todas las familias pasan: nacimiento de un hijo, la adolescencia, cambios de empleo, boda de un hijo, jubilación de los padres, etc.
2. **Crisis situacionales:** se refiere a cambios bruscos e imprevistos que irrumpen en la vida cotidiana de la familia y la exponen a un desafío que

deben intentar superar: muerte por accidente, divorcio de los padres, embarazos no deseados, enfermedades graves, etc.

Los factores que hacen cambiar la respuesta de diferentes familias o la de una familia en diferentes momentos pueden ser los siguientes:

1. El nivel de gravedad de la enfermedad
2. Miembro de la familia enfermo, padre, madre, hijo de diferentes edades, abuelo, tíos, etc.
3. La situación socioeconómica de la familia: una situación más acomodada hará que se afronte mejor la enfermedad que una situación de carencia de recursos económicos, puede hacer que las repercusiones sean mayores.
4. La capacidad física de los familiares y las responsabilidades que puedan asumir y que correspondían al familiar enfermo.
5. Los recursos externos de apoyo: si tienen familia extensa, amigos, vecinos que les puedan ayudar o que simplemente estén ahí como apoyo emocional o no los tengan.
6. La relación afectiva entre los miembros: en familias con una buena relación afectiva, el problema les puede unir y en todo caso van a luchar juntos. En familias donde la relación era precaria, el problema de una enfermedad puede hacer que la familia se rompa definitivamente.
7. La tensión emocional familiar, el cómo se viva la magnitud de la crisis. Hay familias que son más dramáticas en la expresión de sus emociones y otras con una mayor capacidad de aceptación y adaptación que les hace más fácil el funcionamiento.
8. Las experiencias previas ante la enfermedad: hay familias en las que la experiencia de tener un familiar con ventilador mecánico supone la primera

vez que se enfrentan a una crisis por enfermedad, lo que le hace tener menos experiencia en lo que supone una enfermedad grave.

El afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia se puede estructurar en tres fases:

1. FASE DE DESORGANIZACION:

Es el momento del diagnóstico, se declara la situación de enfermedad en uno de sus miembros, coge por sorpresa a la familia y comienza el miedo a que más miembros de la familia se encuentren en la misma situación. Una vez que pasa el miedo y la incertidumbre de los primeros momentos, la respuesta de los familiares puede ser similar o no a la paciente. La actitud de los familiares no tiene que darse de forma sincrónica con la del enfermo: pueda pasar que la familia siga negando la enfermedad cuando el propio enfermo ya la ha aceptado. En esta fase los síntomas de los familiares suelen ser de miedo, ansiedad, temor, tristeza, preocupación, falta de apetito, insomnio, fatiga, etc. Que hace que se deteriore aun mas la situación familiar

2. FASE DE RECUPERACION:

Se da cuando los familiares ya han superado el impacto inicial y están asumiendo la realidad. Van adoptando una actitud mas pragmática:

- Buscan informacion
- Están en contacto con los profesionales sanitarios
- Están abiertos a distintas posibilidades terapéuticas

- Se interesan por los cuidados básicos que pueden dar a su familiar: alimentación, higiene, deporte, esfuerzos físicos
- Prestan apoyo emocional continuado.

3. FASE DE REORGANIZACION:

En esta fase se estabiliza la nueva situación familiar. Se asumen nuevos roles si es necesario, manteniendo la participación activa del enfermo. Está en disposición de solicitar información continuada sobre la enfermedad para entender su evolución y la fase en la que el enfermo se encuentra. Sigue solicitando información sobre cómo ayudar en cada fase, sobre todo, durante el tratamiento. La familia cumple un papel fundamental controlado y ayudando a que se no se provoquen conductas inadecuadas en el paciente, que no se convierta en pasivo ni viva la enfermedad como ganancia haciendo que todos estén pendientes de él y adoptando una actitud de “que me sirvan”

ACTITUDES INCORRECTAS DE LA FAMILIA

- ❖ Negarse a asumir la realidad del enfermo. Hay momentos que “haciendo oídos sordos al no puedo más” se intenta negar la enfermedad y haciendo lo de siempre es como si no pasara nada. El enfermo no pide soluciones a su familia, solo pide comprensión y que se repartan las obligaciones familiares cuando el enfermo no puede asumir todo lo que hasta entonces estaba llevando.
- ❖ Sobre proteger el enfermo. Por el contrario sobreproteger tampoco beneficia al enfermo porque no le ayuda a tener una vida activa.

❖ Sobrecargar las responsabilidades de un familiar. Las fases mas duras son las del tratamiento o la de ser sometido a un ventilador mecánico.

❖ Interrumpir todas las actividades lúdicas. Hay familias que ante el diagnóstico de la enfermedad o ante el tratamiento pasan por un periodo parecido al duelo en el que se deja de hacer todo tipo de actividades de ocio porque psicológicamente esta mal.

❖ Hacer grandes modificaciones en el estilo de vida. A veces el impacto de la enfermedad hace que se sea más consciente de que la vida es corta y que no la aprovechamos. Entonces se plantean cambios como darse muchos caprichos, viajar, cambios de residencia, etc. Estos cambios pueden llevar al enfermo a pensar que le queda poco tiempo de vida porque de lo contrario no se darían dichos cambios.

❖ Caer en el servilismo. Es fácil acostumbrarse a mandar y a que nos hagan las cosas. No se debe abusar y el propio enfermo tiene que esforzarse en hacer todo lo que pueda porque si no puede verse perjudicada la relación posterior.

❖ Personalizar la IRA. La ira es una reacción lógica al diagnóstico y durante el tratamiento pero todo tiene un límite. No se puede dirigir la ira sobre una única persona y hay que tener cuidado porque la confianza que da el estar en un ambiente familiar puede perjudicar a las relaciones posteriores.

❖ Actitud Pasiva. A veces, la familia toma una actitud pasiva ante la enfermedad, cada uno se justifica con su trabajo y su poco tiempo y no hay una muestra de atención o preocupación ni se buscan otros medios para ayudar.

LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD/ENFERMEDAD

Según Rotondo, H. y Col. "la familia es una unidad social y como tal constituye un medio en el que puede operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de sus integrantes a través de la mayor o menor efectividad de sus funciones". (21)

La familia es el grupo social, institución y/o unidad de análisis al interior de la cual se procesa el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de salud/enfermedad/ atención. Lejos de ser un mundo autónomo y aislado, es en sí mismo la unidad en la que. Directa o indirectamente, repercuten las consecuencias de las crisis sociales, así como las representaciones colectivas que la sociedad construye alrededor de enfermedades específicas. Es el soporte social que da apoyo a las personas en tiempos de crisis, ayudándoles a enfrentar la vida. Las relaciones sociales "empoderan" a los individuos haciéndoles sentir que son parte de un orden social mayor, que son valorados, estimados y que pertenecen a una red de obligaciones recíprocas. El soporte social puede estimular la recuperación de la salud, por ejemplo induciendo al miembro de la familia o red social a buscar ayuda o promoviendo en él o ella hábitos saludables.

Los equilibrios pueden perturbarse por cambios del ambiente exterior de la familia o por cambios en algunos o varios de los miembros del grupo familiar, por ejemplo ante cualquier crisis o enfermedad importante aguda o crónica de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo; dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se toma o encara y las consecuencias sociales y psicológicas. Además es “el contexto mas inmediato en el que se desenvuelto la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad, pudiendo descubrirse áreas de fortaleza y áreas de debilidad, éstas áreas dependen de cómo desempeñan su diferentes funciones los diferentes miembros de la familia, de la preparación que tienen para su desempeño y no menos de las características de la personalidad y de salud.

La reforma del sector salud busca construir una nueva política de salud que valore al individuo, afirme la rectoría del estado en el campo de la salud, se busca la coparticipación del usuario, llámese paciente o familiar, dentro de su atención, con el objeto de lograr mayor rendimiento de los servicios mediante la educación de la población, participación comunitaria y acción intersectorial.

EDUCACION IMPARTIDA A LA FAMILIA POR ENFERMERIA

Respecto a la formación de los profesionales de enfermería en los lineamientos para construcción de su perfil de desempeño social esta definido como: educador para promover y fomentar la salud, prevenir la enfermedad y apoyar a la familia en los procesos de enfermedad y muerte, como diseñador, ejecutor y evaluador de procesos de cuidados de

enfermería y de intervenciones en salud al individuo, grupo familiar y grupo comunitario. Mejorar las condiciones de salud de la población requiere llevar a cabo intensos programas de educación dirigidas a las familias, para lograr con éxito este cometido es preciso capacitar al personal profesional y técnico de las instituciones de salud, capacitación que debe estar acompañada del diseño de protocolos y estándares debidamente monitoreados y ajustados periódicamente como garantía de calidad y cumplimiento de una estrategia institucional orientada a la educación en salud para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación con enfoque familiar.

INTERACCION DEL ACOMPAÑANTE CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA, la interacción del acompañante con el equipo de enfermería se refiere a la manera de indicar, explicar y apoyar los cuidados que requiere el usuario y que el acompañante puede realizar.

LA EDUCACION EN SALUD EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO, la educación a los acompañantes sobre: las causas de la enfermedad, las posibilidades de prevenirla en la familia, las posibles complicaciones y los cuidados en casa, es impartida por el profesional en enfermería. La responsabilidad del cuidado a los enfermos hospitalizados, exige continuidad, calidad, oportunidad y educación en salud, esta ultima estrategia es clave para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el grupo familiar. En momento de crisis, la familia esta atenta a reconocer los motivos que ocasionaron la enfermedad de su pariente y manifiesta un especial interés por aclarar dudas.

La educación en salud es una de las mejores estrategias para contribuir a mejorar la calidad de vida y elevar el nivel de salud, porque por medio de

la comunicación para establecer vías y procesos relacionales, ofrecer puntos de referencia para controlar los factores de riesgo y fortalecer factores protectores, incide en el comportamiento humano y en los modos de vida. De igual manera el creciente papel de la familia en asumir las responsabilidades de los cuidados de salud requiere por parte de los servicios hospitalarios, la adecuación de la estrategia educativa como núcleo central de los procesos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. La educación para la Salud en el contexto hospitalario, debe involucrar al usuario y a su familia en todas sus dimensiones como garante de un aprendizaje vital donde las experiencias de la enfermedad sean transformadas en posibilidades de una vida saludable. La educación en salud en el ámbito hospitalario, para los pacientes y los familiares, debe basarse en la confianza, el respeto y la identificación del nivel de conocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad, la forma de prevenirla, manejarla en el hogar y en el medio social de donde proviene.

FILOSOFIA DE LA ENFERMERA

Enfermería, como profesión de naturaleza social, debe intentar que su personal, bajo una óptica humanística, ayude a la persona solicitante del cuidado a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud, por ello debe reconocer al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones que van de lo orgánico a lo espiritual, de lo tangible a lo intangible, con inclusión del aspecto social e histórico, que lo define como un ser de interrelaciones permanentes consigo mismo y el mundo. Poseedor de creencias, sentimientos, pasiones, valores, experiencias entre otros muchos rasgos. Por lo tanto, es fundamental, reflexionar sobre la visión holística de la persona, visualizándolo permanentemente como una unidad, cuya

concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un intento por minimizar la fragmentación y/o cosificación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos.

El cuidado es la máxima expresión de Comunicación entre los seres vivos que trasciende mas allá de una simple relación entre humanos. *“En la relación que se establece entre las personas, el cuidado exige la presencia significativa de la persona que cuida, en este caso la enfermera, y de la persona que recibe el cuidado, es decir el paciente, esa presencia significativa que implica ver, oír, tocar, y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal enfermera – paciente.” (22)*

LA ENFERMERA INTENSIVISTA

La enfermera intensivista como integrante del equipo de salud tiene una gran responsabilidad: cuidar a las personas con compromiso profesional, esto implica, velar por la dignidad que merece el ser humano; ya que éste es un ser complejo y digno por naturaleza. El ser humano, es una unidad compleja (física, biológica, cultural, social e histórica) que hay que restaurarla, de tal manera que cada uno desde donde éste tome conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja que es común a todos los demás humanos.

La enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta filosofía integradora armonice con la presencia física de esta enfermera, donde esta presencia sea significativa tanto para el paciente

como para sus familiares, este modo de estar presente *significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente, que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona esta enfermera sea la felicidad no solo para él y sus familiares sino también para la colectividad; o en última instancia ayudar a este enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable.” (23)*

La humanización del cuidado por la enfermera intensivista también exige proporcionar apoyo a la familia por cuanto la UCI es un ambiente restringido, con normas específicas, que limitan el acceso a la familia a su ser querido. Por tal razón, la comunicación que la enfermera intensivista establece con ella ha de ser fluida, honesta, receptiva, escucharle sus inquietudes, responderle sus interrogantes y demostrarle una actitud de respeto y consideración. Es importante que la enfermera intensivista incluya y cuide al unísono “a la persona que está hospitalizado en la UCI y a sus familiares como un sólo núcleo del cuidado lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el grupo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darle apoyo mas decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan. El profesional de enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente y padece, y evitar considerarlo como un ser cosificado, que responde a una enfermedad manifestada a través de unos signos y síntomas.

G. OPERACIONALIZACION DE TERMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión. Así tenemos:

- **Actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica:** es la respuesta expresada del familiar sobre la disposición que tiene ante el paciente con ventilación mecánica, al asistir a la visita, indagar por su estado de salud, conocer la importancia de mantener el equipo de ventilación o de lo que piensa, siente y actúa ante el ventilador mecánico. El cual será obtenida a través de una escala de lickert y valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.
- **Paciente con ventilación mecánica:** persona de sexo masculino o femenino que se encuentra hospitalizado en el servicio de UCI y que presenta un tubo conectado a un ventilador mecánico producto del desequilibrio orgánico funcional alterando sus esferas emocional y social.

CAPITULO II

MATERIAL Y METODO

A. NIVEL, TIPO Y ESTUDIO

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que permitió obtener información sobre la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en un tiempo y espacio determinado.

B. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el HNGAI, clasificado como hospital de cuarto nivel, ubicado en la Av. Grau No. 800, en el distrito de la Victoria.

El cual brinda servicios de hospitalización, emergencia las 24 horas del día y en consultorios externos 12 horas al día. Cuenta con los servicios de UCI, medicina, cirugía, ginecología y especialidades.

El personal está constituido por 8 médicos incluyendo el médico jefe, 6 residentes que laboran en forma rotativa, 52 enfermeras asistenciales, 2 coordinadoras y 1 enfermera jefe, 18 auxiliares de enfermería y 2 médicos y 2 enfermeras encargados de La Unidad de Soporte Nutricional y 4 médicos mas 1 personal técnico encargado de la Unidad de Bioingeniería. El servicio de UCI cuenta con 21 camas adecuadamente equipadas con aparatos de alta tecnología (ventilador mecánico, monitores, etc.) para la atención y monitoreo continuo del paciente crítico.

La hora de vista familiar es de 2 pm a 4 pm con un tiempo máximo de 15 minutos de interacción con el paciente y posteriormente el médico de

guardia procede a informar a los familiares presentes sobre el estado de salud de su familiar.

C. POBLACION

La población estuvo conformada por todos los familiares de los pacientes que están sometidos a ventilación mecánica.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Familiares de ambos sexos del paciente con ventilación mecánica
- Familiares sin antecedentes psiquiátricos
- Familiares mayores 18 años
- Familiares que acepten voluntariamente ser parte del estudio (consentimiento informado)

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Familiares menores de 18 años
- Familiares con lengua aymara y/o quechua, analfabeto
- Familiares que no desean participar en el estudio

D. TECNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento fue la Escala de Lickert modificada, el cual consta de introducción, instrucciones, datos generales y construido propiamente con proposiciones positivas y negativas, el mismo que será sometido a juicio de 8 expertos a fin de dar

validez de contenido y constructo. Luego se aplicó la prueba binomial. Posteriormente se realizaron las sugerencias y/o recomendaciones a fin de llevar a cabo la prueba piloto y determinar la validez y confiabilidad estadística.

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para implementar el estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Gerente del HNGAI y a la Unidad de Capacitación e investigación y docencia del HNGAI para obtener la autorización del campo clínico. Luego se realizó la coordinación pertinente con la jefa de enfermeras del servicio de UCI, para poder iniciar a la recolección de datos considerando el horario de la visita familiar en un tiempo de 20 a 30 minutos.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Luego de recolectados los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Luego los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se aplicó la Escala de Statones, valorada en actitud favorable, medianamente favorable y desfavorable.

Favorable	154 a 200	puntos
Medianamente favorable	143 a 153	puntos
Desfavorable	0 a 143	puntos

DIMENSION AFECTIVA:

Favorable	39	A	52	puntos
Medianamente favorable	32	a	39	puntos
Desfavorable	0	a	32	puntos

DIMENSION COGNITIVA:

Favorable	60	A	76	puntos
Medianamente favorable	57	a	60	puntos
Desfavorable	0	a	57	puntos

DIMENSION CONDUCTUAL

Favorable	56	A	72	puntos
Medianamente favorable	51	a	56	puntos
Desfavorable	0	a	51	puntos

G. CONSIDERACIONES ETICAS

Para llevar a cabo el estudio se consideró la autorización de la institución y el consentimiento informado de los familiares. (Anexo C)

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de recolectados los datos estos fueron procesados y presentados en gráficos y/o tablas estadísticas a fin de realizar el análisis e interpretación considerando el marco teórico. Así tenemos que:

En cuanto a los datos generales; la edad del familiar del paciente con ventilación mecánica del 100% (10), 80% (8) tienen entre 25 y 50 años, 20% (2) entre 50 y 60 años (Anexo), 80% (8) son del sexo femenino, 20% (2) son masculino (Anexo); 40% (4) son solteros y 60% (6) son casados (Anexo); el 20% (2) corresponden a otros familiares, el 10% (1) son familiares directos como la esposa y el 70% (7) son los hijos(Anexo), 20% (2) tienen estudios primarios, 30% (3) secundarios y 50% (5) tienen estudios superiores.

(ANEXO).

Por lo expuesto podemos evidenciar que la mayoría de los familiares del paciente con ventilación mecánica hospitalizado en el servicio de Cuidados Intensivos tiene entre 25 y 50 años de edad, es decir son adultos jóvenes y maduros, en su mayoría de sexo femenino, son los hijos directos, tienen estudios superiores y son casados.

Respecto a la actitud del Familiar hacia el Paciente con Ventilación Mecánica en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del 100% (10), 50% (5) tienen una actitud medianamente favorable, 30% (3) favorable y 20% (2) desfavorable. **(Tabla N°1).**

CUADRO No 1

**ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACIÓN
MECÁNICA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2008**

ACTITUD	FAMILIARES	
	No	%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	7	70
FAVORABLE	2	20
DESFAVORABLE	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente con Ventilación Mecánica – HNGAI 2008

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan y que esta sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos a la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS crea una crisis situacional y más aún si su paciente se encuentra con ventilación mecánica, de tal manera que se producen cambios en las interacciones familiares que pueden llevar a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio y adoptando actitudes a favor o en contra basado en aspectos cognoscitivos, conductuales y afectivos así tenemos sentimientos de incertidumbre, miedo, tristeza, desesperanza, no aceptación de la enfermedad, sentimientos de culpa, búsqueda de información y ayuda para su participación de la recuperación del paciente o tomar una actitud pasiva.

Por lo expuesto se puede concluir que la mayoría (70%) de los familiares de los pacientes con ventilación mecánica tienen una actitud medianamente favorable relacionado que les resulta difícil transmitir palabras de seguridad y confianza, no conocen la forma adecuada de brindar apoyo emocional, les produce tristeza visitar al paciente, no considera importante comunicar a toda la familia y no encuentra una forma para comunicarse con su familiar, desconoce la enfermedad, tratamiento y pronóstico, la importancia del ventilador mecánico en la recuperación de su paciente y las limitaciones que tiene el paciente, sin embargo, existe un porcentaje considerable (20%) que tiene una actitud favorable expresando gestos de amor al paciente, transmitiendo confianza, buscando información profesional para participar en la recuperación del paciente y comprender la importancia de los procedimientos que se le realiza, y un mínimo porcentaje (10%) tiene una actitud desfavorable manifestando en no aceptar la enfermedad de su familiar y adoptar una actitud pasiva.

Acerca de la actitud del familiar según la dimensión afectiva, se observa que del 100% (10), 90% (9) presentan una actitud medianamente favorable y 10% (1) una actitud favorable.

Ante el diagnóstico de la enfermedad la familia atraviesa por un shock emocional caracterizado por la negación de la enfermedad, miedo, ansiedad, tristeza, preocupación, insomnio, fatiga que hace que se deteriore aún más la situación familiar. La actitud que asume la familia defenderá del tipo de relación afectiva entre los miembros y de la magnitud de la crisis adoptándose respuestas que favorecen la recuperación del paciente con ventilación mecánica o respuestas negativas.

CUADRO No 2

**ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA
SEGÚN LA DIMENSION AFECTIVA EN EL SERVICIO DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2008**

ACTITUD	FAMILIARES	
	NO	%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	9	90
FAVORABLE	1	10
DESFAVORABLE	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente con Ventilación Mecánica – HNGAI 2008

Por lo que podemos deducir que la mayoría (90%) de las familiares del paciente con ventilación mecánica en la dimensión afectiva tienen una actitud medianamente favorable relacionado a buscar una forma de proporcionar apoyo emocional al paciente, tristeza ante la imagen del paciente con ventilación mecánica, incomodidad de expresar sentimientos de alegría al paciente y miedo de tocar el rostro por todas las conexiones que presenta; sin embargo el 10% tienen una actitud favorable relacionado a brindar cariño y gestos de amor, preocupación por la vida del paciente y hablarle frases positivas durante la visita familiar.

CUADRO No 3

ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA SEGÚN LA DIMENSION CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL

GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN

LIMA - PERÚ

2008

ACTITUD	FAMILIARES	
	NO	%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	9	90
FAVORABLE	0	0
DESFAVORABLE	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente con Ventilación Mecánica – HNGAI 2008

Sobre la actitud de los familiares en la dimensión conductual del 100% (10), el 90% (9) tienen una actitud medianamente favorable, ello está relacionado a considerar importante las visitas y participar en el cuidado del paciente y el 10% (1) una actitud desfavorable relacionado a no comunicar a toda la familia sobre la salud del paciente. (Tabla N° 3).

La tercera fase que se presenta en el afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia es la fase de reorganización donde se estabiliza una nueva situación familiar, asumiendo nuevos roles, manteniendo la participación

activa del enfermo e integrándose paulatinamente en la atención del paciente con ventilación mecánica a través de visitas frecuentes, buscar medios para comunicarse e informar a todos los miembros de la familia sobre la salud del paciente. Colocar si algún estudio de los antecedentes obtuvieron resultados semejantes o iguales a los que usted obtuvo.

Por lo expuesto podemos concluir que la mayoría (90%) de los familiares del paciente con ventilación mecánica en la dimensión conductual tienen una actitud medianamente favorable referida al considerar importante las visitas y participar activamente en el cuidado del paciente con ventilación mecánica, sin embargo existe un mínimo porcentaje (10%) que presenta una actitud desfavorable relacionada a considerar innecesario informar a la familia sobre la salud del paciente.

En cuanto a la actitud del familiar en la dimensión cognitiva, del 100%, el 90% (9) presenta una actitud medianamente favorable y el 10% (1) una actitud favorable. Los ítems que indican una actitud medianamente favorable está relacionado a la preocupación de la presencia del tubo que dificulta la comunicación con el paciente, búsqueda de conocimientos sobre los cuidados, el uso del ventilador mecánico y la unidad de cuidados intensivos, y como actitud favorable relacionado a conocer sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico del paciente con ventilación mecánica.

En la fase de recuperación, se da cuando los familiares ya han recuperado el impacto inicial y están asumiendo la realidad, adoptando una actitud más pragmática a través de la búsqueda de información, estar en contacto con los profesionales de salud, estar abiertos a distintas posibilidades terapéuticas y se interesan por los cuidados básicos que pueden brindar a su familiar.

CUADRO No 4

**ACTITUD DEL FAMILIAR HACIA EL PACIENTE CON VENTILACION MECANICA
SEGÚN LA DIMENSION COGNITIVA EN EL SERVICIO DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LIMA - PERÚ
2008**

ACTITUD	FAMILIARES	
	NO	%
MEDIANAMENTE FAVORABLE	9	90
FAVORABLE	1	10
DESFAVORABLE	0	0
TOTAL	10	100

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente con Ventilación Mecánica – HNGAI 2008

Por lo tanto, podemos concluir que la mayoría (90%) de los familiares del paciente con ventilación mecánica en la dimensión cognitiva presentan una actitud medianamente favorable relacionado a considerar necesario que el paciente permanezca en UCI, usando el ventilador mecánico que favorecerá su recuperación, sin embargo hay un mínimo porcentaje (10%) con actitud favorable relacionado a considerar importante la presencia del tubo en la boca del paciente e informarse sobre los cuidados que necesita el paciente con ventilación mecánica y conocer sobre el tratamiento y pronóstico de su familiar.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio son:

- La actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en su mayoría (70%) es medianamente favorable relacionado que les resulta difícil transmitir palabras de seguridad y confianza, no conocen la forma adecuada de brindar apoyo emocional, les produce tristeza visitar al paciente, no considera importante comunicar a toda la familia y no encuentra una forma para comunicarse con su familiar, sin embargo, existe un porcentaje considerable (20%) con actitud favorable expresando gestos de amor al paciente, transmitiendo confianza, buscando información profesional para participar en la recuperación del paciente y comprender la importancia de los procedimientos que se le realiza, y un mínimo porcentaje (10%) desfavorable manifestando en no aceptar la enfermedad de su familiar y adoptar una actitud pasiva.
- La mayoría (90%) de las familiares del paciente con ventilación mecánica EN LA DIMENSIÓN AFECTIVA tienen una actitud medianamente favorable relacionado a buscar una forma de proporcionar apoyo emocional al paciente, tristeza ante la imagen del paciente con ventilación mecánica, incomodidad de expresar sentimientos de alegría al paciente y miedo de tocar el rostro por todas las conexiones que presenta; sin embargo existe un mínimo porcentaje (10%) con una actitud favorable referido a brindar cariño y gestos de amor, preocupación por la vida del paciente y hablarle frases positivas durante la visita familiar.
- Respecto a la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en la dimensión conductual la mayoría (90%) tienen una actitud medianamente favorable referida al considerar importante las visitas y participar activamente en el cuidado del paciente con ventilación mecánica, sin embargo existe un mínimo porcentaje (10%)

que presenta una actitud desfavorable relacionada a considerar innecesario informar a la familia sobre la salud del paciente.

- Acerca de la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica en la dimensión cognitiva la mayoría (90%) presentan una actitud medianamente favorable relacionado a considerar necesario que el paciente permanezca en UCI, usando el ventilador mecánico que favorecerá su recuperación, sin embargo hay un mínimo porcentaje (10%) con actitud favorable relacionado a considerar importante la presencia del tubo en la boca del paciente e informarse sobre los cuidados que necesita el paciente con ventilación mecánica y conocer sobre el tratamiento y pronóstico de su familiar.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio están orientadas a:

- Que la Enfermera jefe del servicio de Cuidados Intensivos elabore y/o diseñe estrategias de mejora en la calidad de atención al paciente con ventilación mecánica y familia.
- Realizar estudios similares, utilizando enfoques cualitativos, con el fin de profundizar los hallazgos respecto a la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica.

C. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio esta dada por que:

- Los resultados sólo son válidos para la población en estudio, es decir para los familiares con paciente con ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos.

C.- Presupuesto

Bienes	Costo
Material de escritorio	S/ 500.00
Material de impresión	S/ 500.00
Material de procesamiento de datos	S/ 300.00
Servicios	
Movilidad local	S/ 400
Fotocopias	S/ 400
Empastados	S/ 200
TOTAL B+ S	2,300.00

ANEXOS

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE IDENTIFICADA	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica	La actitud es la predisposición aprendida de tono afectivo, conductual y cognoscitivo que responde a favor o en contra frente a una situación, idea, objeto o persona, y la familia como unidad social constituye el medio en el que puede operar constructivamente o negativamente sobre la salud y bienestar de su integrantes a través de la mayor o menor	Componente cognoscitivo	Conocimientos sobre: Proceso evolutivo de la enfermedad y tratamiento y pronóstico Uso del ventilador mecánico Servicio de UCI	Es la respuesta expresada del familiar sobre la disposición afectiva, cognoscitiva y conductual ante el paciente con ventilación mecánica. El cual será obtenida a través de la escala modificado de Lickert y valorado en favorable, medianamente favorable y desfavorable	FAVORABLE
		Componente afectivo	Reacciones y aceptación de la enfermedad Mejora la autoestima o la participación del paciente Expresas sentimientos favorables Verbaliza frases desfavorables		MEDIANAMENTE FAVORABLE
		Componente conductual			DESFAVORABLE

efectividad de
sus funciones de
tener un familiar
con ventilación
mecánica, se
altera aún mas
las esferas psico
emocional de
cada integrante.

Indaga por el
paciente
Demuestra
paciencia
Escucha y mira
al paciente
Visita al paciente
Relaciones
interpersonales
Participación e
interés de la
familia

ANEXO B
CUESTIONARIO

I. INTRODUCCION

Estimado Sr. (a):

En esta oportunidad me dirijo a UD, para obtener información sobre la actitud del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica. En ese sentido le hago de su conocimiento que el instrumento es de carácter anónimo, por lo que solicito su colaboración a través de que sus respuestas a las proposiciones que se le presenta sean realizadas con sinceridad, lo cual contribuirá a elaborar programas de educación para la salud orientadas a mejorar la calidad de participación del familiar durante la visita a la unidad donde se encuentra el paciente. Agradezco anticipadamente su participación.

Para hacerle presente que se ha elaborado el presente instrumento como parte del estudio de investigación titulado “Actitud del familiar hacia el paciente con ventilación Mecánica”, cuyo objetivo es determinar las actitudes del familiar hacia el paciente con ventilación mecánica. Cabe recalcar que las respuestas son completamente anónimas por lo que solicito a UD. Responder con absoluta sinceridad. De antemano agradezco su participación.

II. DATOS GENERALES:

1. Sexo: femenino () masculino ()
2. Edad: 18 – 25 () 25 – 50 () 50 – 60 ()
3. Estado Civil: a. soltero b. casado c. viudo
d. divorciado
4. Parentesco: a. esposo b. hijo c. madre d. padre e.
Otros:
5. Grado de Instrucción: a. Primaria b. Secundaria
c. Superior
d. Otros:
6. Ocupación:

III. INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

Instrucciones:

Lea detenidamente cada una de los ítems que se le presentan a continuación. Marque con una cruz (+) o una equis (x) la respuesta que Ud crea correcta, por cada ítem hay 5 posibilidades de respuesta, elija una de ellas:

TOTALMENTE DE ACUERDO..... TA
 DE ACUERDO A
 INDECISO..... I
 DESACUERDO..... DA
 TOTALMENTE EN DESACUERDO TD

Proposiciones		T A	A	I	D	T D
1	Me preocupa que la presencia del tubo en la boca del paciente le produzca dificultad para comunicarse.					
2	Le produce miedo tocar el rostro al paciente por todas las conexiones que presenta.					
3.	Son insuficientes los cuidados que brinda la enfermera al paciente con ventilación mecánica					
4.	Es importante que el paciente tenga un tubo en la boca para su tratamiento.					
5.	Le causa alegría tocar el rostro al paciente con ventilación					
6.	Es importante los cuidados que brinda la enfermera al paciente con ventilación mecánica					
7.	Le importa poco que la presencia del tubo en la boca del paciente le produzca dificultad para comunicarse.					
8.	Considera importante comunicar a toda la familia sobre la salud del paciente con ventilación mecánica.					
9.	La familia es responsable de la enfermedad del paciente.					
10	Es incomodo expresar sentimientos de alegría al paciente para su recuperación.					
11	Causa tristeza visitar al paciente con ventilación mecánica en UCI					
12	Entristece saber que el tratamiento que debe recibir el paciente con ventilación mecánica es largo y doloroso					
13	Considera que es normal que el paciente continúe con ventilación mecánica					

14	Resulta difícil transmitirle seguridad y confianza al paciente con ventilación mecánica.					
15	Le produce miedo pensar que el paciente no saldrá del ventilador mecánico.					
16	Es aburrido conocer la importancia del uso del ventilador mecánico en el paciente.					
17	Es cansado tener que visitar todos los días al paciente con ventilación mecánica					
18	Es necesario conocer sobre la forma de cómo proporcionar apoyo emocional al paciente					
19	Piensa que es innecesario informar a la familia sobre la salud del paciente					
20	Es necesario tener paciencia en la evolución del paciente con ventilador mecánico					
21	La familia tiene derecho a conocer la importancia del uso del ventilador mecánico en el paciente					
22	La familia considera un proceso natural la enfermedad del paciente					
23	Las personas se sienten pocos capaces de ayudar al paciente con ventilación mecánica en UCI					
24	Le produce miedo saber que el paciente con ventilador mecánico permanezca en UCI					
25	Es innecesario la presencia del tubo en la boca del paciente para su tratamiento					
26	Le importa poco que el familiar con ventilador mecánico tenga una vida normal					
27	Es importante participar en el cuidado del paciente con ventilación mecánica en la satisfacción de sus necesidades básicas					
28	Es innecesario conocer sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico del paciente con ventilación mecánica					
29	Resulta difícil brindar cariño y gestos de amor al paciente con ventilación mecánica					
30	Considera que es importante encontrar una forma para comunicarse con el paciente					
31	Es innecesario proporcionarle gestos de amor al paciente con ventilación mecánica porque no entiende					
32	Es importante hablarle al paciente con ventilación mecánica					
33	Es indiferente conocer sobre el tratamiento del paciente con ventilación mecánica					
34	Considera importante el uso del ventilador mecánico para la recuperación del paciente					
35	Produce aburrimiento ayudar al paciente con ventilación mecánica					
36	Resulta difícil aceptar la enfermedad del paciente con ventilación mecánica					

37	A pesar de estar hospitalizado el paciente en UCI, es agradable visitarlo					
38	Es innecesario el uso del ventilador mecánico para la recuperación del paciente					
39	Causa temor pensar que el familiar con ventilador mecánico pueda quedar con problemas para tener una vida normal					
40	Es innecesario que el paciente con ventilación mecánica permanezca en UCI					
41	Es aburrido expresarle palabras de confianza al paciente con ventilación mecánica					
42	Piensa que es innecesario hablarle al paciente con ventilación mecánica porque no escucha					
43	Es innecesario tratar de entender lo que quiere comunicarle su paciente					
44	Es valioso conocer sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico del paciente con ventilación mecánica					
45	Considera importante visitar todos los días al paciente con ventilación mecánica					
46	Es innecesario saber la forma de brindar apoyo emocional al paciente					
47	Es innecesario expresarle sentimientos de alegría al paciente para su recuperación					
48	Es innecesario que la familia participe en el cuidado del paciente con ventilación mecánica					
49	Es innecesario conocer la enfermedad del paciente con ventilador mecánico					
50	La familia pierde la paciencia ante la evolución del paciente					

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada Actitud de la Familia hacia el Paciente con Ventilación Mecánica.

Habiendo sido informado (a) de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurando máxima confidencialidad.

FIRMA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado Paciente:

La investigadora de estudio para lo cual Usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad, de la información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto.

ATTE

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
3	0	1	0	1	0	0	1	1	0.637 (*)
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
7	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Si “P” es menor de 0.5 el grado de concordancia es significativa

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicito la opinión de los jueces de expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto aplicado a 14 pacientes, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i) (\sum y_i)}{\left[N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2 \right]^{1/2} \left[N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2 \right]^{1/2}}$$

ITEM	PEARSON
1	0.75
2	0.73
3	0.23
4	0.71
5	0.76
6	0.22
7	0.20
8	0.32
9	0.49
10	0.22
11	0.31
12	0.57
13	0.71
14	0.25
15	0.29
16	0.27
17	0.64
18	0.62

19	0.53
20	0.35
21	0.66
22	0.26

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el **Coefficiente de Alfa de Cronbach (α)**

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Donde:

$\sum s_i^2$ = varianza de cada ítem

s_T^2 = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left| \frac{30}{29} \right| \left| 1 - \frac{\sum 27.11}{141.3} \right|$$

$$\alpha = (1.03) (0.8)$$

$$\alpha = 0.82$$

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable

ANEXO G: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO/JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problematizacion, planteamiento y formulación del problema.	X	X	X	X																												
Objetivos, Justificación y propósito de estudio					X	X																										
Antecedentes y construcción del Marco Teórico							X	X	X	X																						
Operacionalización de la Variable											X																					
Definición operacional de términos.												X																				
Consideraciones éticas													X																			
Instrumento concluido														X	X																	
Proyecto concluido																X	X															
Presentación de proyecto																		X	X													
Tramites de la Institución																		X	X	X	X											
Recolección de																						X	X	X	X							

datos																															
Procesamiento de datos																															
Presentación del Trabajo																															

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

- (1) **Edson Bravo.** Actitud de los Pacientes con Tuberculosis hacia su condición de Multidrogoresistente en el Centro de Salud Fortaleza. En Tesis para obtener el grado de Especialidad. 2007. Pag. 52
- (2) **Fátima Vasquez.** Vivencias del Paciente Adulto sometido a Ventilación Mecánica. 2007. Pag. 6
- (3) **Rubi Garcia.** Actitud de la Enfermera hacia el Cuidado Integral del Paciente con Esquizofrenia en el HNHV. En tesis para obtener el grado de especialidad. 2006. Pag. 28
- (4) **Gladys Rojas.** Actitud de la Familia hacia el Diagnostico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud de Tablada de Lurin. **En** tesis para obtener el grado de especialidad. 2006. Pag. 32
- (5) **Fabiane Urizzi.** Vivencias del familiar en Terapia Intensiva: El otro lado del Ingreso. 2004. Pag. 3
- (6) **Denise Gastaldo.** Perspectivas que tienen las Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos y su relación con los familiares del paciente crítico. España. 2003. Pag. 10
- (7) **Maria Huanuco.** Actitudes de la Familia de pacientes hospitalizados hacia la Donación de Organos en el Hospital Augusto B. Leguía. Lima. 2003. Pag. 32
- (8) **Jose Velasco.** Detección de Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. II Congreso de la Sociedad de Andalucía de Enfermería de Cuidados Críticos. 2002. Pag. 8
- (9) **Maria de Albistur.** La familia del Paciente Internados en la Unidad de Cuidados Intensivos. 2000. Pag. 6

(10) (1) Pag. 26

(11) (4) Pag. 10

(12) (4) Pag. 11

(13) (3) Pag. 11

(14) (1) Pag. 28

(15) (1) Pag. 30

(16) (4) Pag. 13

(17) (4) Pag.14

(18) Bertha Guevara. Enfermería: Cuidados Intensivos y Cuidados

Críticos. Revista Venezolana. 2007. Pag. 10

(19) (18) Pag. 12

(20) (18) Pag. 14

(21) Ana Cecilia Ortiz. Participación del Acompañante en el Cuidado del
Paciente Hospitalizado. Medellín, Colombia. 2000. Pag. 8

(22) (8) Pag. 12

(23) (4) Pag. 24

BIBLIOGRAFIA

ROJAS TELLO, Gladis. "ACTITUDES DE LA FAMILIA HACIA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD TABLADA DE LURIN NOVIEMBRE. DICIEMBRE" En. Lima. Perú. 2006

BRAVO CHAMPIS, Edson. "ACTITUD DE LOS PCIENTES CON TUBERCULOSIS HACIA SU CONDIION DE MDR EN EL CENTRO DE SALUD DE FORTALEZA". En. Lima. Perú. 2008

GARINA, Dora Lucia. "PARTICIPACION DEL ACOMPAÑANATE EN EL CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO".Institución de segundo nivel Medellín. Colombia. 2000

GASTALDO, Denise. "PERSPECTIVAS QUE TIENEN LAS ENFERMERAS DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE SU RELACION CON LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRTICO". Revista enfermería Intensiva. Colombia. 2003

GARCIA CORREA, Rabí Inés. "Actitud de la enfermera hacia el cuidado integral del paciente con Esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizan". En. LIMA – PERU. 2006

GUEVARA, Bertha."ENFERMERIA. CUIDADOS INTENSIVOS Y CUIDADOS CRITICOS". Revista portales medicos.com Venezuela. 2007

MERA CÁRDENAS, Catherine del Rosario. "EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA A LA FAMILIA Y PACIENTE MORIBUNDO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS INTERNOS DE ENFERMERIA DE LA UNMSM". En. Lima. Perú. 2008

SALAZAR, Beltrán. "LA PRACTICA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS".Vol. 8 No.1. Medellín, Colombia. 2008

VASQUEZ VIGIL, Fatima. “VIVENCIAS DEL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACION MECANICA MECNICA” Revista del Hospital Jose Cayetano. Piura – Perú. 2007

VELASCO BUEÑO, José. “DETECCION DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGREADOS A UCI”. II Congreso de la sociedad Andaluza de enfermería de cuidados críticos, Sevilla. España. 2008